UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931. — N° 7

Contribution à l'étude de l'invagination du grêle par tumeurs bénignes chez l'adulte

PAR

SID-CARA CHÉRIF

né le 26 novembre 1902 à Mila (Constantine)

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Mars 1931

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale. *Président*
LEBON, Professeur de thérapeutique..... } *Juges.*
DUBOUCHER, agrégé (chirurgie)..... }
MOGGI, agrégé (chirurgie)..... }

ORAN

IMPRIMERIE HEINTZ FRÈRES

17, Boulevard Malakoff

1931

Contribution à l'étude de l'invagination du grêle par tumeurs bénignes chez l'adulte

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 — N° 7

Contribution à l'étude de l'invagination du grêle par tumeurs bénignes chez l'adulte

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Mars 1931

PAR

SID-CARA CHÉRIF

né le 26 novembre 1902 à Mila (Constantine)

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de clinique chirurgicale. — *Président*
LEBON, Professeur de thérapeutique.....
DUBOUCHER, agrégé (chirurgie)..... } *Juges.*
MOGGI, agrégé (chirurgie).....

ORAN

IMPRIMERIE HEINTZ FRÈRES

17, Boulevard Malakoff

1931

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM. LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Doyen Honoraire	HERAIL (✻, I. ✪).
Assesseur	GILLOT (I. ✪).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM. CANGE (✻, I. ✪).
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge	LAFFONT (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (⚕, I. ✪).
Clinique médicale	AUBRY (✻, ⚕, I. ✪).
Histologie et embryologie	WEBER (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✻, I. ✪).
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (o✻ i✪ o⚕).
Physiologie	TOURNADE (O.✻, ⚕, I. ✪).
Pharmacie	MUSSO (I. ✪).
Médecine légale	GIRAUD (O. ✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie	LEBLANC (✻, ⚕, I. ✪).
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✻, I. ✪).
Physique médicale	PORTES (✻, ⚕, I. ✪).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✻, ⚕, I. ✪).
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (⚕, A. ✪).
Chimie minérale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I. ✪).
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ✪).
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ✪).
Thérapeutique	LEBON (✻, ⚕, A. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, I. ✪). — MM. HERAIL (✻, I. ✪).
VINCENT (✻, I. ✪). — SOULIE (✻, I. ✪).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (✻, ⚕, I. ✪).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	H. ABOULKER (✻, ⚕).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER (I. ✪). FERRARI (I. ✪). MOGGI (✻).
Médecine	N... N...
Physiologie	HERMANN (⚕, A. ✪).
Anatomie	RIBET (⚕, A. ✪).
Chimie médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✻, ⚕, A. ✪).
Histologie	COURRIER (⚕).
Histoire naturelle pharmaceutique	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FEMME

A MES FRERES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur MAURIN

Chirurgien de l'Hôpital Civil d'Oran

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il trouve ici un témoignage de l'immense dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui.

A Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de clinique chirurgicale

Pour le remercier du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Hommage de respectueuse gratitude.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur LEBON

Professeur de thérapeutique

Monsieur le Docteur DUBOUCHER

Agrégé de chirurgie

Monsieur le Docteur MOGGI

Agrégé de chirurgie

INTRODUCTION

L'invagination intestinale est, chez l'adulte, une affection rare et de diagnostic la plupart du temps malaisé.

Elle siège, avec une fréquence variable, sur les différentes portions de l'intestin. Quand elle porte sur le grêle, elle présente quelques caractères particuliers qui permettent de la dégager du chapitre général de l'invagination.

Au point de vue anatomique, alors que, dans les invaginations du gros intestin, la cause de l'intussusception reste presque toujours cachée, ouvrant le champ à des hypothèses variées, dans l'invagination du grêle, au contraire, les cas les plus fréquents sont ceux où l'on trouve à l'origine une lésion anatomique qui sert en quelque sorte d'amorce. Cette lésion est en général une tumeur polypeuse bénigne.

Au point de vue clinique, c'est l'invagination du grêle qui réalise le plus souvent l'allure chronique que l'on observe chez l'adulte. Il semble qu'elle doive ce caractère à la tumeur qui la provoque. Au début de la maladie, alors même que l'invagination n'est pas encore constituée, la lutte de l'intestin contre l'obstacle que forme la tumeur se traduit rapidement par des signes subjectifs et objectifs, qui, pour être intermittents et sans gravité immédiate, n'en sont pas moins assez intenses pour attirer l'attention du malade et provoquer une intervention.

Aussi à l'occasion de deux cas, observés par M. le Dr Maurin, nous avons, sur ses conseils, recherché, dans la littérature médicale, les observations qui se rapportaient à l'invagination du grêle par tumeurs bénignes, chez l'adulte.

Nous avons pu réunir ainsi 59 observations, en lais-

sant de côté les formes iléo-coliques qui cependant peuvent être considérées comme un stade avancé de l'invagination iléo-iléale.

Nous avons, en outre, tenté une étude complète de la question en nous étendant surtout sur la symptômatologie et les variétés cliniques qui ont été l'objet de nombreux travaux dans ces dernières années.

Notre but, dans ce travail, a été de résumer un chapitre de pathologie chirurgicale qui est encore à l'ordre du jour et de montrer, une fois de plus, que les accidents terminaux de l'invagination qui sont toujours graves, sont souvent précédés de troubles suffisants pour imposer un examen attentif et conduire, sinon à un diagnostic précis, du moins à une intervention hâtive.

HISTORIQUE

L'invagination de l'intestin grêle par tumeurs bénignes semble n'avoir été connue que depuis le début du siècle dernier.

En 1820, DANCE, rapportant une observation de DEVILLIERS, écrivait : « Voilà un genre de cause d'invagi- » nation qui n'avait point été soupçonné jusqu'ici. »

En 1835, CRUVEILHIER, dans son traité d'anatomie pathologique, rapporte une observation d'invagination du duodénum causée par deux tumeurs polypeuses et signale, pour les invaginations, la possibilité d'une évolution chronique différente de l'invagination suraiguë des nourrissons.

L'éveil étant donné à ce sujet, de nombreuses observations sont présentées dans les sociétés savantes ou publiées dans les journaux.

SCHMIDT en 1840, ALLEN en 1845, OGIER-WARD, PRESCOTT-HERVET, PEACOCH en 1846, NELATON, DUBREUIL en 1864, étudient successivement ces tumeurs polypoïdes provoquant des invaginations de l'intestin.

DUGUET en 1872, ISRAEL en 1896, NIGAY, dans sa thèse en 1899, signalent de nouveaux cas.

En 1900, RECLUS rapporte une observation et AUVRAY, dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, fait une étude de l'invagination intestinale secondaire à une tumeur.

En 1902, MOUCHET, de Sens, cite un cas dans le Bulletin de la Société Anatomique.

En 1906, GERNEZ, dans sa thèse, étudie plusieurs observations dues à des tumeurs polypeuses et indique les différentes méthodes chirurgicales applicables à chaque cas particulier.

En 1907, COLLIGNON, dans sa thèse ; en 1908, DELORE et LERICHE, donnent des observations.

En 1921, J. Okinczic fait un rapport à la Société de Chirurgie sur trois observations d'invaginations de l'intestin grêle, déterminées par des polypes fibreux et rapporte deux cas de Hoeberlin, un cas de Peacock, un cas de Royster, deux cas de Delore et Leriche, un cas de Lange, un cas de Sappnigton, un cas de Ving, un cas de Jowers.

En 1924, M. Gosset fait un rapport dans les Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie.

En 1925, Gueullette, et en 1926, Boudey, dans leurs thèses, rassemblent plusieurs observations.

A l'étranger, de nombreuses publications sont aussi données à ce sujet : Rossoni, A. Pleuk, Arlotta, de Padoue, en 1927 ; E. Polak, Dardel, L. Adam, Ian Macdonald, en 1928.

En 1929, Hubner, dans la « Gazette des Hôpitaux », fait une étude complète sur les diverses variétés d'invagination chez l'adulte, les différents modes de traitement à instituer et rapporte plusieurs observations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tous les ouvrages de chirurgie décrivent, dans les formes les plus simples, la situation réciproque des trois tuniques, externe ou gaine, interne et moyenne qui font le boudin, et le pincement du mésentère entre les tuniques moyenne et externe.

On peut ajouter cependant que c'est dans l'invagination du grêle que l'on trouve les plus grands boudins à cause de la grande mobilité de l'intestin et de la longueur normale du mésentère.

Quand l'invagination est constituée, un double processus circulatoire et inflamatoire intervient pour, d'une part, provoquer la turgescence des parties télescopées, d'autre part, provoquer des adhérences entre les tuniques moyenne et externe. L'invagination devient irréductible, puis elle s'étrangle. Mais cette irréductibilité est tardive dans les invaginations du grêle chez l'adulte. Dans de nombreux cas, même opérés tardivement, la désinvagination est possible. La désinvagination peut même se produire spontanément au cours de l'évolution de la maladie. Des examens cliniques successifs montrent un jour un boudin, le lendemain rien du tout. Quénu, en 1905, insistait sur ce fait : Pour lui la plupart des invaginations dites chroniques de l'adulte ne sont que des invaginations à répétitions. Cruveilher allait plus loin et admettait que beaucoup de coliques abdominales n'étaient autres que des invaginations larvées et spontanément réduites. Mais cette invagination spontanée n'est pas une guérison, puisque sa cause, la tumeur, persiste.

Ces tumeurs sont des adénomes, des lipomes, des fibromes, des myomes. On les observe à l'état pur ou combinées entre elles formant des tumeurs mixtes, leiomyomes, fibromyomes, fibro-lipomes, fibro-myxo-

mes. Les formes les plus fréquentes sont les fibromes, les adénomes, les fibro-myxomes qui constituent ce qu'on appelle les polypes de l'intestin. Leurs causes sont inconnues et on ne peut dire si des infections intestinales antérieures favorisent leur apparition.

Les adénomes sont quelquefois en grand nombre (polyadénomes). Ils sont de grosseur variable et d'un polymorphisme qui défie toute description : arrondis et lisses, courts ou allongés, villeux, irréguliers, bosselés, de couleur jaunâtre, rougeâtre ou framboisée. Ils sont pédicules ou sessiles. Ils se développent au sommet des replis de la muqueuse aux dépens des glandes de Lieberkuhn. Ils peuvent subir à plus ou moins longue échéance la dégénérescence cancéreuse.

Les lipomes sont presque toujours uniques, petits, bosselés, pédiculés ou sessiles et étalés sous la muqueuse.

Les fibromes et les fibro-myomes naissent de la tunique moyenne, ont une évolution lente et peuvent devenir très gros. Toutes ces tumeurs ont leur siège de prédilection dans l'iléon et plus particulièrement dans son tiers inférieur.

Quand elles causent une invagination, on les trouve en général à la tête du boudin. La pédiculisation de la tumeur favorise notablement l'évolution du processus, mais elle n'est pas indispensable ; les tumeurs sessiles peuvent provoquer le même processus.

La tumeur agit à la façon d'un corps étranger ; elle excite le péristaltisme de l'anse sus-jacente qui tend à la faire cheminer plus avant. C'est cet hyperpéristaltisme beaucoup plus que le poids de la tumeur qui crée l'invagination. En effet, dans quelques observations, la tumeur siège près du collet, très loin par conséquent de la tête du boudin. Le polype, dans ces conditions, n'a pu produire l'invagination par tiraillement, il semble que ce soit au contraire la gaine qui se soit portée au devant de lui, par un mouvement antipéristaltique, comme pour le happer.

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉTUDE CLINIQUE

La symptomatologie des tumeurs polypiformes de l'intestin grêle est à peu près nulle et le polype dans l'invagination a toujours été une surprise au cours de l'intervention ou une trouvaille d'autopsie. M. Duguet, commentant une observation, déclare que « le polype, bien que jouant un rôle considérable dans la production de l'invagination, n'en reste pas moins sur le second plan, puisque dans tous les cas la mort doit être rapportée avant tout au seul fait de l'invagination. C'est pourquoi, dans toutes les observations, l'histoire des phénomènes auxquels le polype a pu donner lieu n'est pas facile à dégager de ceux qui appartiennent à ses complications ».

La symptomatologie de la tumeur de l'intestin grêle se résume donc à peu près toujours à la symptomatologie de l'occlusion.

Avant la période d'invagination, les phénomènes que l'on constate n'ont pas de caractère bien défini. Ce sont des signes accompagnant une obstruction plus ou moins complète. Le malade se plaint de troubles vagues, de sensation de pesanteur, de ballonnements, accompagnés le plus souvent d'une constipation opiniâtre et de coliques. Le malade reste quelquefois huit jours sans aller à la selle. Ces troubles sont la plupart du temps améliorés par des purgatifs.

Parfois le malade accusera non plus de la constipation, mais une diarrhée plus ou moins abondante, continue ou intermittente.

Comme on le voit, ces troubles digestifs n'ont rien de pathognomonique. Ils ont un caractère tout à fait banal qui justifie les traitements médicaux que l'on emploie alors, d'ailleurs sans succès.

Après cette période de début, variable quant à l'in-

tensité et à la durée des phénomènes, l'invagination s'installe et évolue désormais pour son propre compte, sous des aspects cliniques multiples, avec une smptomatologie si variable et souvent si fruste qu'elle donne lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic.

Nous étudierons d'abord les signes fonctionnels et physiques de l'invagination puis ses différentes formes cliniques.

1° SIGNES FONCTIONNELS. — La douleur est dans tous les cas le premier signe révélateur du trouble apporté à la circulation intestinale. Elle est très variable ; tantôt brusque dans son apparition et aiguë ; tantôt, au contraire, faible et augmentant progressivement d'intensité, elle s'accompagne de sensations de déplacement dans le ventre et de dyspnée. Son caractère, d'importance capitale, est son évolution par crises, laissant, entre elles, des périodes de calme absolu ou simplement une sensation de lourdeur. Ces périodes de calme peuvent durer de plusieurs jours à plusieurs mois. Quand la douleur revient, elle réapparaît toujours au même point, en général la région périombilicale, quelquefois plus haut, dans la région épigastrique, d'autre fois plus bas, près du point de Mac-Burney.

Certaines attitudes semblent apporter un soulagement au malade, tel le fait de se pencher en avant, de déprimer profondément à l'aide des poings la paroi abdominale. Le soulagement est obtenu quand le malade perçoit des gargouillements qui indiquent que les contractions de l'intestin ont eu raison de l'obstacle.

La douleur s'accompagne toujours de fausses envies d'aller à la selle, répétées et pénibles. Ce signe ne se trouve pas seulement dans les invaginations basses, dont la tête atteint le rectum, il existe aussi dans les invaginations du grêle et le malade est surpris souvent sur le vase en train de « pousser ».

Le deuxième signe fonctionnel se trouve dans les troubles digestifs qui accompagnent ces douleurs et qui tirent eux aussi leur importance davantage de leurs caractères d'évolution que de leur nature même. Ce sont

les mêmes que ceux que nous avons vu à la période de début.

La constipation serait peut-être plus opiniâtre, la diarrhée plus abondante, alternant avec les périodes de constipation et survenant sous forme de débâcles souvent fétides.

La présence du sang dans les selles est inconstante. Chez certains malades, le sang est trouvé à l'occasion de chaque crise, chez d'autres jamais ; peut-être, dans ces cas, l'examen microscopique ou chimique le décèlerait-il plus souvent. Dans les invaginations rétrogrades, le sang manque toujours, on comprend pourquoi.

Les vomissements manquent quelquefois. Souvent ils sont noirâtres et très abondants et doivent faire penser à une invagination en l'absence de signe de péritonite. Dans les formes hautes il arrive qu'ils soient sanglants.

Ces divers troubles finissent par retentir sur l'état général. Le malade, par crainte de douleurs, par ennui de digestions pénibles, ne s'alimente plus et maigrit à vue d'œil. De nombreuses observations constatent cet état d'asthénie et de maigreur progressive qui font croire à un néoplasme caché du tube digestif.

2° SIGNES PHYSIQUES. — Le signe pathognomonique de l'invagination est la tumeur abdominale. Malheureusement ici ce n'est pas un signe constant ; tantôt trop petite ou cachée derrière une paroi épaisse ou contractée, tantôt, de siège profond, elle échappe à un examen même minutieux. Elle siège habituellement dans la région épigastrique ou ombilicale ; elle offre une certaine mobilité transversale et verticale, se déplaçant même quelques fois avec les mouvements respiratoires.

Sa consistance, sa forme, sont variables suivant les moments. La main qui la palpe peut la sentir animée de mouvements de reptation ; enfin elle peut apparaître et disparaître, réalisant le type de la tumeur fantôme.

Les crises douloureuses sont accompagnées presque toujours de mouvements péristaltiques de l'intestin, visibles sur la paroi abdominale avec quelquefois bruits de gargouillements et ballon localisé.

3° ASPECTS CLINIQUES. — On a tendance à croire que l'invagination de l'adulte évolue toujours suivant le même type chronique à marche plus ou moins lente. En réalité, les formes aiguës sont notées fréquemment et affectent trois types qui ne sont pas toujours bien tranchés (LECLERC et BERGER).

a) Invagination aiguë, type invagination du nourrisson. — Les crises douloureuses sont intermittentes. Le malade est courbé en deux et appuie sur son ventre. Entre les crises, le ventre est souple et le calme peut être complet, mais l'examen physique montre dans l'abdomen la présence d'une tumeur et les selles sont sanglantes.

b) Invagination aiguë, type péritonéal. — Ce sont des malades qui sont pris brusquement d'une violente douleur à droite avec vomissements et contracture pariétale. Le diagnostic que l'on pose le plus souvent est celui d'appendicite.

c) Invagination aiguë, type occlusion. — En pleine santé, apparaissent soudain de violentes douleurs abdominales. L'arrêt des matières et des gaz est complet, le ventre se ballonne, puis assez vite apparaît l'hypothermie. Le pouls devient filant, les vomissements, d'abord noirâtres, deviennent fécaloïdes.

Ainsi, parmi ces formes aiguës, une seule, la première impose le diagnostic d'invagination. Malheureusement c'est la plus rare des trois. La plupart du temps, le diagnostic que l'on fait est celui de perforation d'ulcère duodénal, de pancréatite hémorragique et surtout d'appendicite. Cependant, contre l'appendicite, il y a les envies impérieuses d'aller à la selle qu'il faut rechercher : la diarrhée, une moindre contracture de la paroi, l'agitation du malade qui, dans l'appendicite, est au contraire immobile avec un ventre qui ne respire pas.

Dans la forme à type d'occulsion, c'est toujours au volvulus que l'on pense.

Mais, somme toute, dans ces cas aigus, l'erreur est de peu d'importance, puisque de toute façon le diagnostic commande une intervention immédiate.

Les formes aiguës sont des formes graves dont le pronostic est toujours sombre. Heureusement ce ne sont pas les plus fréquentes. Avant d'atteindre ce degré de gravité, les phénomènes le plus souvent s'échelonnent sur une durée de huit jours à plusieurs semaines.

Le début est moins brutal, les douleurs, au lieu d'être violentes, sont à types de coliques, les vomissements sont seulement alimentaires, la diarrhée n'offre rien d'alarmant et tout rentre dans l'ordre sous l'effet du repos et de la diète. Un peu plus tard, les accidents recommencent, souvent avec la même bénignité, d'autres fois en prenant un caractère plus dramatique ; le ventre se ballonne, les mouvements péristaltiques apparaissent, les vomissements deviennent fécaloïdes et finissent par guider vers une intervention. On comprend dès lors l'hésitation du médecin qui, avant de conseiller une opération, essaie en vain toute sa thérapeutique.

Enfin, l'évolution peut être très longue. Les malades souffrent pendant de longues années, par périodes, entre lesquelles la santé est parfaite. Leur invagination affecte le type d'invagination à répétition jusqu'au jour où, à l'occasion d'un écart de régime ou d'une purgation intempestive, des accidents brutaux éclatent, imposent le diagnostic d'occlusion et expliquent tous ces troubles qu'on traitait sous l'étiquette de dysenterie, d'entéro-colite, d'entérite tuberculeuse. Dans ces cas embarrassants, l'étude microscopique des selles, la recherche des amibes, les séro-diagnostic, l'absence de température pourront faire éliminer ces diverses affections et orienter le diagnostic.

En résumé, nous croyons que chez tout adulte qui présente des troubles digestifs persistants et rebelles à tout traitement, il faut penser à la possibilité d'une invagination et pratiquer des examens physiques attentifs et répétés, tantôt en période de crise, tantôt en période d'accalmie. On sera étonné quelquefois de découvrir le signe pathognomonique : la tumeur.

TRAITEMENT

Le traitement de l'invagination du grêle par tumeurs bénignes chez l'adulte est uniquement chirurgical. Il ne faut pas songer à la radiothérapie car, à peu près toujours, le diagnostic porté par le praticien est celui d'accidents d'occlusion intestinale et jamais celui d'invagination par tumeur. GERNEZ, dans sa thèse, a étudié les différentes techniques applicables, elles sont fonctions de trois facteurs : la possibilité ou l'impossibilité de désinvaginer, l'étendue des lésions intestinales, l'état de résistance du sujet.

1° La désinvagination doit toujours être tentée ; même dans les cas très anciens, elle est quelquefois possible à condition d'être patient et doux dans ses manœuvres. La désinvagination obtenue, on extrait la tumeur par enterotomie. Il faut chercher cette tumeur au niveau de la tête d'invagination, au niveau du collet et même au-dessus, car il arrive que le polype soit loin de la tête du boudin. Comme le dit ROUX, une fois l'intervention terminée, le chirurgien devra jeter un coup d'œil discret dans l'intérieur de la cavité abdominale. Cela lui permettra de découvrir parfois une seconde ou une troisième invagination, tels les cas de ROUX, de KARAJEAN, de STEINBERG, ou d'autres tumeurs qui auraient amorcé plus tard d'autres invaginations.

Les suites opératoires de la désinvagination sont excellentes puisque on compte de 90 à 100 % de guérisons.

Quand la tumeur, par son volume, empêche la désinvagination, on peut d'abord procéder à son ablation et essayer ensuite la désinvagination.

Mais, dans ce cas, les manœuvres doivent être extrê-

mement prudentes, car elles portent sur une portion d'intestin qui vient d'être ouvert ;

2° Si la désinvagination est impossible en raison des adhérences qui la maintiennent ou si la désinvagination une fois réalisée on constate des lésions importantes de la paroi intestinale, qui la vouent au sphacèle, la conduite du chirurgien est dictée par l'état général du sujet.

a) Le sujet a un bon état général et il est capable de supporter une intervention grave.

La résection du boudin invaginé et du segment invaginant est le procédé de choix. L'emploi du bouton de Murphy pour le rétablissement de la continuité intestinale, quoique rapide, est peu employé et la plupart des chirurgiens pratiquent des anastomoses au fil. Le choix de l'anastomose dépend de l'habitude de l'opérateur.

La résection a l'inconvénient de soustraire parfois une longueur d'anse considérable. Dans ces conditions on peut tenter la résection du boudin invaginé à travers le cylindre invaginant, mais c'est une opération longue et pénible.

b) Le malade est dans un état grave. La résection de l'intestin en période d'occlusion est à peu près fatale. L'extériorisation avec fistule intestinale nous paraît préférable à l'entéro-anastomose. C'est une intervention de fortune, mais dans les cas désespérés elle peut sauver le malade. (Tixier, 1927, Société de Chirurgie de Lyon.)

c) Quant à l'anus pur et simple, c'est une pratique à proscrire formellement.

Le pronostic opératoire dépend de la précocité de l'intervention ; celle-ci pratiquée tôt, sur un malade résistant, réussira souvent,

Pratiquée tardivement, sur un malade épuisé, elle échouera à peu près fatalement quel que soit le procédé employé. Or, encore aujourd'hui devant des phéno-

mènes morbides qui ne mettent pas le malade en danger immédiat, on a trop tendance à temporiser.

« Il y a sur ce point, a dit Mocquot, un défaut d'éducation médicale contre lequel nous devons lutter, comme on l'a fait pour l'appendicite et pour les perforations d'ulcus. »

OBSERVATIONS INÉDITES

dues à l'obligeance de M. le Dr MAURIN, chirurgien de l'Hôpital civil d'Oran

---

I. — A..., 14 ans, d'Oran, pas d'antécédents notables. Souffre depuis plusieurs années de coliques survenant par crises aiguës de durée plus ou moins longue. Les manifestations douloureuses siègent au niveau de l'ombilic ou même un peu au-dessus, s'irradiant parfois au-dessous de l'ombilic. Jamais de diarrhée, ni de glaires sanglantes. L'état général est assez bon, bien que le malade soit un peu amaigri. Les crises, très espacées au début, assez courtes dans leur durée, deviennent plus fréquentes et augmentent en intensité et en durée. Ces douleurs sont parfois atroces et s'accompagnent de ballonnement passager, puis tout rentre dans l'ordre. Le malade est vu après une de ces crises. Il a le ventre souple, non distendu, mais un peu sensible au voisinage de l'ombilic. Il y a un peu de résistance de la paroi, pas de défense vraie. On ne sent pas de tumeur. Pas de modification nette de la sonorité abdominale. Rien de suspect aux poumons, ni ailleurs, au point de vue bacillose.

La radioscopie est faite après absorption de bouillie barytée. Au bout de trois heures, elle montre un arrêt net du liquide opaque, en plein grêle, loin du coecum. Le liquide arrive pourtant à passer lentement et à franchir un obstacle que lon devine. Six heures après, le coecum est déjà rempli, mais il persiste toujours une anse grêle visible. On conclut à un rétrécissement, vraisemblablement tuberculeux, bien que l'on ne décèle aucun indice de bacillose nulle part et l'interrogatoire ne permettant pas de dépister aucune autre étiologie.

L'examen des selles est négatif au point de vue sang,

œufs et parasites. Intervention (Laparotomie sous-ombilicale) : On trouve sans aucune recherche une anse grêle, volumineuse, fortement congestionnée, dure au toucher. Le diagnostic d'invagination est fait alors seulement. La désinvagination est très facile, bien que la portion invaginée soit de plus de 30 c/m. Cette portion invaginée est saine, sa circulation n'ayant nullement souffert. La palpation de cette portion permet de découvrir plusieurs corps étrangers, durs et ronds, de la grosseur d'une cerise ou d'une noisette. L'anse est réséquée, anastomose termino-terminale à la suture.

L'anse réséquée, ouverte, montre quatre tumeurs arrondies de consistance dure, rouges, d'aspect muriforme. Ces tumeurs tiennent à la muqueuse par un pédicule grêle, leur permettant une assez grande mobilité.

L'examen histologique n'a pas été fait.

II. — M. X..., d'Hammam-bou-Hadjar, 30 ans. Envoyé d'urgence par un confrère, avec le diagnostic de péritonite. Le début de l'affection remonte à 15 ou 16 heures, dit-on.

On constate, à son arrivée, un ventre souple, non distendu. La palpation permet de sentir, au-dessous de l'ombilic, une masse douloureuse, un peu diffuse, allongée transversalement, donnant bien l'impression d'un boudin d'invagination. Il y a arrêt complet des matières et des gaz, pas de glaires sanglantes. Le toucher rectale est négatif. Pas de température. Etat général bon.

L'interrogatoire révèle que le début a été absolument brutal, déterminant une douleur violente que rien n'avait pu calmer.

Plusieurs mois auparavant, il se plaignait de coliques survenant par crises, disparaissant assez rapidement. Une radioscopie faite en ce moment là avait été négative.

On fait le diagnostic d'occlusion sur le grêle, probablement par invagination. Laparotomie sous-ombilicale. On tombe immédiatement sur le boudin senti à la palpation. Sa longueur est telle qu'on ne peut d'abord l'extérioriser en entier. La désinvagination est impos-

sible. On résèque tout le boudin. Anastomose termino-terminale à la suture.

L'examen de la pièce opératoire montre que la portion réséquée du grêle a plus d'un mètre de long. La portion invaginée avait 96 c/m., elle était en voie de sphacèle avancé sur toute son étendue. A une extrémité de la portion sphacélée, on trouve une tumeur, de la grosseur d'une grosse cerise, dure, arrondie, reliée à la muqueuse par un pédicule mince et long.

L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATIONS PUBLIÉES

a) FORMES NON CLASSEES

Observ. 1. — Schmith, 1840. — Femme de constitution saine, admise à l'hôpital le 25 janvier 1840. La veille, douleurs très vives dans l'abdomen avec vomissements, diarrhée, tenesme de tumeur dans l'abdomen.

Autopsie : Péritonite. Invagination de l'iléon. Polype charneux, piriforme d'un pouce et demi de long à la surface interne de l'iléon.

Observ. 2. — Allen, 1845. — Femme de 34 ans, admise le 3 février 1845 à l'hôpital avec vomissements de matières fécales. L'occlusion dure jusqu'au 20. Le 22, le ventre se couvre de larges vésicules arrondies. Douleur à l'épigastre. Traitement par saignée, sangsues, préparations mercurielles. Le 1er mars, amélioration, le 2 reprise des vomissements, le 9 réapparition des vésicules. Mort le 10.

Autopsie : Perforation de la partie inférieure du jejunum. Immédiatement au-dessus de la perforation, toute la cavité de l'intestin était occupée par une substance solide, charnue, naissant de la muqueuse par un pédicule fort étroit. Cette excroissance avait produit l'invagination.

Observ. 3 et 4. — Ogier-Ward et de Prescott-Hervet, 1845.

1re préparation. — Femme de 34 ans. Douleur dans le côté droit avec constipation qui cède à une purgation. Deux jours après, vomissements et constipation qui durent jusqu'à sa mort, sept jours après.

Autopsie : Longue invagination du grêle, avec une tumeur ayant les dimensions et la forme d'une poire,

reliée à l'intestin par un long pédicule. Cette tumeur, d'apparence fibreuse, était située au-dessous de la portion invaginée.

2e préparation. — Homme de 46 ans, signes de péritonite avec diarrhée et assoupissement. La diarrhée dure depuis quelques mois et avait été précédée d'une constipation opiniâtre. Le malade meurt 17 jours après son admission à l'hôpital.

Autopsie : Liquide puriforme dans la cavité péritonéale et matières fécales. Invagination de la partie de l'intestin grêle située à deux pieds du coecum. Grand polype uni à la portion invaginée, piriforme, long de 7 c/m, large de 4 c/m, relié à l'intestin par un pédicule long de 4 c/m, de la dimension d'un médius, pâle, dur, présentant l'aspect du tissu fibreux, large ulcération de l'intestin situé immédiatement au-dessous.

Observ. 5. — Peacock, 1847. — Homme de 65 ans, admis à l'hôpital dans un état de collapsus avancé. Mort immédiate.

Autopsie : Invagination intestinale entre deux bandes mésentériques. Tunique gangrenée. A l'intérieur, polype ovale de la dimension d'une grosse bille, attaché par une large base à la paroi intérieure.

Observ. 6. — Fernet, 1863. — Homme 45 ans. Invagination intestinale provoquée par un polype situé à 20 c/m de la valvule iléo-coecale. Ce polype avait une forme ovoïde, du volume d'une noix, de consistance ferme.

Observ. 7. — Lecourtois, Duguet, 1872. — Homme de 25 ans. Autopsie : Polype obturant complètement le canal de l'intestin et ayant amorcé une invagination.

Observ. 8. — Goodhart, 1886. — Femme de 19 ans. Vue la première fois 21 mois avant sa mort pour accès périodiques de vomissements et de douleurs abdominales. Cachexie progressive. Tumeur irrégulière dans la partie sous-ombilicale de l'abdomen, se déplaçant

spontanément. Jamais de selles sanglantes. Le 11 mai 1885, vomissements et mort.

Autopsie : Estomac dilaté, invagination considérable de l'intestin grêle, le collet siège au sommet du jejunum. Il y avait deux autres invaginations du grêle qui paraissaient récentes. En plusieurs places, polypes pédiculés.

Observ. 9. — Cruveilhier, 1835. — Femme de 29 ans, 28 février 1835, vives douleurs abdominales, muscles abdominaux contractés, pas de ballonnement, pas de tumeur, vomissements, absence de selles. Durant l'année 1834, avait été prise quatre fois des mêmes accidents : 1er mars, absence de selles, coliques presque continues, vomissements, le ventre est inégalement tuméfié ; le 2 mars, persistance des accidents, anxiété, face grippée, yeux caves, abattement. Depuis le 2 jusqu'au 10, jour de sa mort, les accidents continuent avec une intensité graduellement croissante.

Autopsie : Tumeur formée par une invagination, précédée par une autre tumeur, très considérable, formée par le duodénum rempli de liquide. L'invagination, coupée suivant sa longueur, montre que le cylindre d'intestin central présente des tumeurs polypeuses. « Les polypes n'ont pas concouru à l'invagination car le polype principal, celui dont le poids aurait pu produire le déplacement, n'occupe pas la partie inférieure, mais la partie supérieure du cylindre central. »

Observ. 10. — Gessler, 1894. — Femme de 28 ans, enceinte de 2 mois, est prise il y a six semaines de vomissements brusques. Avortement provoqué. Les vomissements continuent. 15 novembre 1893, malade amaigrie, sensibilité très marquée dans une région très voisine de l'ombilic. Contracture des droits. Mort le 22 novembre.

Autopsie : A la jonction du duodénum et du jejunum, invagination longue de 15 c/m. Tumeur du jejunum à base large. Examen microscopique : Voisines de la séreuse, des fibres musculaires lisses sont rangées en parallèle ; entre elles un petit nombre d'éléments conjonc-

tifs. Des débris glandulaires et de nombreux vaisseaux peuvent être reconnus.

Observ. 11. — Barthel, 1878. — Individu mort avec symptômes d'étranglement interne. A 80 c/m au-dessus de la valvule de Bauhin, anse intestinale d'à peu près 17 c/m de long invaginée. A son extrémité supérieure, un fibro-myome sous-muqueux de la grosseur d'un œuf de pigeon et formant soupape.

Observ. 12. — Turner et Wipman, 1891. — Ellen M., 29 ans. Indigestions depuis plusieurs années. Douleurs lombaires en 1889. Il y a trois semaines douleur très aiguë dans la région de l'ombilic, durant dix minutes. 28 janvier, selles normales, douleur aiguë au niveau de l'ombilic, agitation, météorisme, pouls à 96. Laparotomie : deux volvulus. Invaginations du grêle. Mort le 30.

Autopsie : Péritonite, adhérences à 16 pouces du pylore, épaississement des tuniques de l'intestin, immédiatement au-dessous sur une longueur de 5 pieds. Intestin très noir comme contusionné. A l'ouverture polype muqueux, de la grosseur de la 1re phalange du pouce, siégeant au commencement de la portion malade de l'intestin.

Observ. 13. — Lockwood, 1892. — Femme de 30 ans. Invagination de trois pouces de long, à deux pieds et demi du coecum. Laparotomie pour obstruction intestinale. Désinvagination impossible. Résection. Abouchement des deux bouts à la peau.

Polype globuleux de 3/4 de pouce de diamètre, composé de tissus fibreux avec noyau calcifié au centre, situé un peu au-dessus de l'invagination.

---

b) FORMES AIGUES ET SUBAIGUES

Observ. 14. — Ponomareff. — Homme de 29 ans. Subit une gastro-entérostomie pour sténose pylorique ulcéreuse. Guérison avec constipation persistante.

Un an plus tard, crise grave d'occlusion intestinale

aiguë. Laparotomie le troisième jour : On trouve une péritonite avec contenu fécal, une invagination iléo-iléale, avec sphacèle et perforation. Résection. Anastomose au bouton. Mort.

Pièce : Un polype à la tête de l'invagination. Autopsie : 18 polypes pédiculés dans le grêle et le gros intestin.

Observ. 15. — Nandrot. — Homme de 72 ans, opéré de hernie étranglée du coecum trois mois plus tôt. Brusquement, crise de coliques, avec arrêt des matières et des gaz. Diagnostic : Occlusion par bride opératoire. Intervention invagination iléale. Désinvagination. Anse suspecte avec tumeur mobile. Résection. Enterorraphie circulaire. Guérison.

Pièce : Tumeur de volume d'un petit œuf. Fibrome.

Observ. 16. — Michaux. — Femme de 23 ans, crise douloureuse à l'épigastre. Laparotomie. Invagination du jéjunum. On sent une tumeur, extirpation de la tumeur par incision de la gaine (polype). Réduction. Mèches. A l'ablation des mèches, large fistule intestinale. Mort le vingt-cinquième jour.

Observ. 17. — Arlotta (Padoue). — Femme de 40 ans, prise brusquement de douleurs violentes dans la région ombilicale et de constipation. Le troisième jour, les douleurs deviennent beaucoup plus fortes, en même temps que surviennent des vomissements. Le quatrième jour, vomissements fécaloïdes ; arrêt des matières et des gaz. Examen le soir du cinquième jour : Météorisme extrême, ondulations péristaltiques, le coecum et le colon semblent vides, gargouillements dans la région ombilicale, pouls 110. Pas de fièvre. Opération le sixième jour. A 50 c/m. en amont de la valvule iléo-ceocale, invagination longue de 15 c/m., sans adhérence. Désinvagination. L'anse invaginée était en même temps tordue sur son axe longitudinal. On reconnaît l'existence d'une tumeur piriforme, mesurant 10 c/m. de circonférence dans sa partie la plus large. Résection de 15 c/m. Enterorraphie termino-terminale. Guérison.

Pièce : Fibrome pur né de la sous-muqueuse ; au milieu des éléments fibromateux, on trouve de grosses cellules arrondies et étoilées sans substance gélatineuse intermédiaire : fibrome myxomatoïde.

Observ. 18. — E. Polak. — Deux cas de lipomes sous-muqueux de l'intestin dont un sur le grêle. Ce dernier, de la grosseur d'un œuf de pigeon, situé dans la partie terminale du grêle, avait déterminé une invagination aiguë. Désinvagination suivie de résection de la portion du grêle contenant la tumeur. Guérison.

Observ. 19, 20 et 21. — Dardel. — 1° Jeune homme de 19 ans. Boudin sous-ombilical. Tumeur polypeuse de la grosseur d'une noix. Résection. Suture termino-terminale. Guérison ;

2° 20 ans. Invagination subaiguë. Papillome de l'intestin grêle ; résection. Anastomose termino-terminale. Guérison. Dans les antécédents, à signaler que deux sœurs de ce malade sont mortes d'invagination aiguë ;

3° 70 ans. Invagination iléale avec boudin sphacélé et perforé. Extériorisation. Résection. Mort 10 jours plus tard.

La radio avait montré, dans la première observation, une bacillose abdominale ; dans la deuxième, une image de fourche à deux dents très nettes.

Observ. 22. — Ian Macdonald. — Homme de 40 ans, en occlusion depuis 10 jours. Laparotomie. Désinvagination. Résection. Anastomose latéro-latérale. Entérostomie au-dessus. Guérison.

Pièce : Polype fibreux né du diverticule de Meckel et engagé dans la lumière intestinale où il avait entraîné une invagination.

Observ. 23. — Shelton-Horsley. — Homme de 67 ans. Douleurs abdominales. Constipation, vomissements. Deux jours avant, est pris, après un dîner copieux, de crampes douloureuses dans la partie infé-

rieure de l'abdomen. Purgation. Apparition de vomissements fécaloïdes. Intervention. Invagination intestinale. Réduction. Ablation d'une tumeur située à 45 c/m. de la valvule par entérostomie.

Pièce : Lipome.

Observ. 24. — Bold. — Cas pris pour une grossesse extra-utérine. Laparotomie : péritonite avec anse intestinale gangrénée dans le petit bassin due à une invagination par polype de 7 pouces 1/2 sur 11 et 1/4.

Observ. 25. — Lawford-Knaggs. — Femme de 29 ans. Entrée le 16 avril. Début cinq semaines auparavant, brusquement. Douleur intense dans la fosse iliaque gauche, diarrhée, vomissements. Selles noirâtres comme la poix. Contraction du muscle droit à gauche. Tumeur allongée de plusieurs pouces. Laparotomie le 17 avril. Grosse invagination du grêle. Réduction. On sent une tumeur élastique, ferme, bosselée. Incision de l'intestin. Ablation de la tumeur qui a un pédicule comme le pouce. Guérison.

La tumeur est une masse graisseuse, lobulée, recouverte de muqueuse ulcérée.

Observ. 26. — Dr Papin. — Jeune homme de 18 ans : Violentes douleurs abdominales, vomissements. Crises répétées, laissant entre elles des moments plus calmes. Abdomen un peu météorisé. Pouls à 80 bien frappé. Pas de fièvre. Opération. Résection d'une anse sphacélée semblant être sous la dépendance d'un volvulus. « On se dispose à fermer le ventre lorsque sous nos yeux une curieuse disposition se produit. Sur un des segments du grêle, en amont de la résection, nous voyons une invagination se produire spontanément ». Désinvagination. Deuxième invagination sur une autre anse. Désinvagination. A ces deux niveaux, on sent une tumeur dans l'intestin. Entérotomies faites au niveau de ces tumeurs et extirpation. L'exploration décèle une autre tumeur à l'angle duodéno-jéjunal qu'on laisse à cause de sa profondeur. Mort 24 heures après.

Examen des pièces : Le paquet d'anses reséquées

n'est pas un volvulus, mais une invagination. Tumeurs. Adénomes.

c) FORMES CHRONIQUES

Observ. 27. — Winthrop. — Homme de 20 ans. Début il y a trois mois par crampes. Indigestion et ballonnement ; puis crise douloureuse avec perception d'une tumeur gauche qui disparaît avec la crise. Palpation : Tumeur de la fosse iliaque gauche. Laparotomie : quatre invaginations iléales et jéjunales, chacune portant une tumeur dure à l'apex.

1re invagination : Polype, résection. Suture latérale.

2e invagination : Deux papillomes, résection. Suture latérale.

3e invagination : Six papillomes, résection. Entérorraphie au bouton.

4e invagination : Résection.

Mort au 16e jour de péritonite et embolie.

Examen microscopique : Adénomes et adeno-carcinomes du grêle.

Observ. 28. — W. E. Lee. — Femme de 40 ans. Crises de coliques répétées dans le bas-ventre. Vomissements. Douleurs de la fosse iliaque droite. Diagnostic : Appendicite chronique. Appendicectomie. Dans la suite, même état. Un mois plus tard, crise d'occlusion aiguë. Pas de contracture, péristaltisme visible avec borborygmes. Pas de tumeur au palper, ni au toucher vaginal. Laparotomie : invagination double récurrente de l'iléon. Réduction. Guérison.

Trois mois plus tard, signes d'occlusion intestinale. Laparotomie : Invagination iléale sur la même anse. Réduction. Les altérations de la paroi nécessitent une résection. Anastomose termino-terminale. Guérison. Pièce opératoire : Tumeurs multiples de la paroi. Fibromes.

Observ. 29. — Cope. — Homme de 21 ans. Douleurs abdominales par crises avec péristaltisme. Première

intervention : Appendicectomie, libération d'adhérences. Les crises reparaissent et un boudin douloureux se montre dans la fosse iliaque. Deuxième intervention: Invagination iléo-iléale, réduction facile. Un mois plus tard, nouvelle crise d'invagination. Troisième intervention : Réduction difficile ; incision de l'intestion et extirpation d'un papillome pédiculé. La palpation révèle d'autres masses analogues que l'on enlève au cours d'une quatrième intervention.

Observ. 30. — James et Sappington. — Femme de 34 ans. Début brusque par crises de coliques très violentes. Etat syncopable. Ventre tendu, dur, douloureux. Pouls à 90. Ni vomissements ni modifications des selles. Diagnostic : Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire.

Le lendemain, début de ballonnement, hoquet.

Opération : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Irruption d'un bloc d'anses grêles brunâtres, étranglées à leur base par l'épiploon tordu en corde. Incision de cette bride. On trouve alors une invagination iléale. Réduction. Petite tumeur palpable à travers la paroi. Fibrome. Résection de l'anse suspecte. Anastomose latéro-latérale. Guérison.

A l'interrogatoire plus soigneux : constipation croissante durant depuis quatre ans, la malade avait vu une fois du sang dans ses selles.

Observ. 31. — Quenu.— Homme de 32 ans, souffre depuis 17 ans de crises douloureuses abdominales avec ballonnement, diarrhée sanglante. Les crises augmentent en fréquence et en intensité. Palpation : Ventre ballonné très douloureux. Perception d'une tumeur allongée et douloureuse dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : Invagination. Laparotomie latérale. Invagination iléale. Désinvagination. Six jours plus tard, reprise des accidents avec melaena et signes d'occlusion. Laparotomie : invagination du même segment. Désinvagination impossible. Résection. Mort.

Pièce opératoire : Polype.

Observ. 32. — MOUCHET. — Homme de 68 ans. Troubles digestifs avec constipation opiniâtre et crises d'obstruction intestinale. Au cours d'une crise, on constate la présence d'une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque droite. Diagnostic : Invagination probable. Laparotomie : invagination récente de l'iléon, contenant une tumeur molle du volume d'un œuf. Réduction facile. Incision de l'intestin et extirpation de la tumeur pédiculée. Distention considérable de l'anse sus-jacente. Mort huit jours plus tard.

Pièce : Lipome.

Observ. 33. — GOODALL. — Homme de 49 ans. Crises douloureuses avec diarrhée et constipation. Au cours de ces crises apparaît parfois, près de l'ombilic, une tuméfaction dure, changeant de consistance et de volume et disparaissant soudain avec un bruit de gargouillement suivi de l'évacuation de l'intestin mettant fin à la crise. Laparotomie : invagination iléo-iléale de 15 c/m. Désinvagination impossible en raison de la striction au collet. Dilatation au-dessus des lésions. Résection. Enterorraphie termino-terminale. Guérison.

Pièce opératoire : Lipome pédiculé à la tête de l'invagination.

Observ. 34. — WADE. — Femme de 48 ans. Première intervention, il y a un an, pour cholécystite ; cholécystostomie et appendicectomie.

Douleurs épigastriques et nausées reprennent deux mois plus tard. Dix mois plus tard, on constate une tuméfaction sous-jacente à l'ancienne cicatrice opératoire. Diagnostic : Poussée nouvelle de cholecystite. Laparotomie : invagination au niveau de la portion initiale du jéjunum. Désinvagination ; la tête de l'invagination passe le pylore et on peut la sentir dans la cavité gastrique. Gastrotomie. On enlève une tumeur pédiculée de l'estomac avec une partie de la paroi gastrique. Fermeture de l'estomac. Guérison.

Pièce : Myome pédiculé ulcéré à son sommet.

Observ. 35. — Winthrop. — Homme de 26 ans. Début, il y a quatre ans, par séries de crises douloureuses dans la fosse iliaque gauche avec vomissements. Reprise après deux mois d'accalmie. Les accidents cessent complètement pendant plus d'un an. Réapparition des crises douloureuses. Vomissements et constipation, syndrôme de subocclusion.

Examen : tumeur arrondie, mobile, changeant de forme dans la fosse iliaque gauche. Toucher rectal négatif. Mouvements péristaltiques visibles. Recherche du sang dans les selles négative.

Laparotomie sur le bord externe du droit : invagination iléo-iléale. Tumeur dure à l'apex. Réduction facile. Résection. Guérison.

Examen : Adénome papillaire bénin.

Observ. 36. — Delore. — Femme de 68 ans. Invagination iléale par tumeur. Désinvagination. Extirpation de la tumeur par résection courte. Anastomose au bouton. Guérison.

Observ. 37. — Nandrot. — Homme de 57 ans. Dyspeptique ancien. Crises douloureuses avec alternatives de diarrhée et de constipation. Amaigrissement. Vomissements bilieux, puis arrêt des gaz. Laparotomie médiane sous-ombilicale : invagination du grêle. Désinvagination. Tumeur libre. Résection. Suture circulaire. Mort.

Pièce : Fibrome.

Observ. 38. — Adler. — Adulte. Crise d'obstruction intestinale depuis trois mois. Un seul vomissement au début. Jamais d'hematemèse ni de melaena. A l'examen, ventre souple, tuméfaction allongée transversalement dans l'hypocondre gauche, un peu sensible à la pression. Amaigrissement de 20 kgs. Laparotomie : invagination iléo-iléale. Résection d'un boudin de 30 c/m. de long. Hémostase du mésentère. Adossement séro-séreux des deux cylindres par points en U. Fermeture. Guérison.

Pièce opératoire : myome.

Observ. 39. — C. N. Dowd. — Homme de 27 ans. Crises douloureuses épigastriques depuis six mois avec vomissements. Au cours de la dernière crise, sang dans les selles. Signes d'occlusion. Laparotomie : invagination iléo-iléale. Résection de l'anse perforée. Entérorraphie latéro-latérale..

Pièce : Adénome bénin pédiculé.

Observ. 40. — Oden. — Homme de 22 ans. Crises douloureuses abdominales diffuses depuis trois ans avec vomissements et constipation. On constate de temps à autre une tuméfaction épigastrique à gauche de la ligne médiane. Léger ballonnement sus-ombilical.

Examen radiologique : Masse obscure gauche dans l'étage supérieur de l'abdomen déprimant la grande courbure.

Atteinte de l'état général. Constipation de plus en plus marquée. Laparotomie para-médiane gauche. Invagination du jéjunum. Deux petites tumeurs sont aperçues dans la lumière intestinale : l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'invagination. Désinvagination. Les mouvements péristaltiques exagérés tendent à reproduire la lésion. Résection. Anastomose termino-terminale. Guérison.

Examen histologique : Adéno-fibromes.

Observ. 41. — Desplas et Flandrin. — Homme de 39 ans. Début, il y a deux mois, par douleurs continues avec paroxysmes. Ballonnement, pas de melaena. Amaigrissement progressif. Entre à l'hôpital avec diagnostic d'occlusion intestinale. Les vomissements sont devenus fécaloïdes. A l'examen, distension de la région paraombilicale gauche avec zone de matité, clapotage, gargouillement. Augmentation de tension pendant les crises douloureuses. Dans l'intervalle d'une crise, masse allongée ferme, en boudin. A la radio, rien. Diagnostic : invagination intestinale.

Intervention. Rachi. Invagination iléale. Désinvagination impossible. Résection de 30 c/m. Anastomose latéro-latérale. Guérison.

Pièce : Tumeur pédiculée du volume d'un œuf. Fibro-myxome.

Observ. 42. — Rossoni. — Femme de 45 ans. Souffre depuis deux mois de douleurs dans la région épigastrique. Ces douleurs vont progressivement croissant, mais pas de vomissements. Peu à peu, une constipation opiniâtre s'est installée et les matières ont pris la couleur de la poix. L'apparition des vomissements décide la malade à consulter. Examen : Pas de contractions péristaltiques, mais la radio montre un retard notable de l'évacuation du grêle (le coecum se commence à se remplir que 24 heures après l'ingestion du repas opaque). Opération : invagination très serrée de la dernière portion du grêle. Résection de 32 c/m. Anastomose termino-terminale. Guérison.

Pièce : Fibrome de la grosseur d'un citron avec très forte infiltration hématique.

Observ. 43. — A. Pleuk. — Femme de 45 ans. Début par spasmes dans la région ombilicale évoluant par crises quotidiennes de 4 à 6 minutes. Anorexie, constipation, pas de vomissements. La fréquence et la gravité des crises augmentent lentement. On pense à une obstruction par calcul. Laparotomie : invagination de l'iléon inférieur. A la tête du boudin long de 12 c/m. on sent une tumeur grosse comme une noix, dure et pédiculée. Grosse dilatation de l'intestin sus-jacent. Résection de 30 c/m. Extériorisation des deux bouts. Mort le quatorzième jour.

Pièce : Fibro-myome sphacélé.

Observ. 44. — L. Adam (Buda-Pesth). — Le malade fut opéré pour la première fois en 1917, à l'âge de 17 ans, pour invagination de la partie inférieure de l'iléon qui fut reséquée. Il existait une tumeur grosse comme une noix au-dessus de l'invagination pour laquelle fut pratiquée une entérectomie.

Dix ans plus tard, à 27 ans, cet homme présentait depuis trois semaines des coliques et de la constipation. Il arrive à l'hôpital en occlusion aiguë. Laparotomie :

nouvelle invagination en aval de l'ancienne résection et au-dessus d'elle une tumeur. Résection de 120 c/m. d'intestin. Enterrophie latéro-latérale. Guérison.

Pièce : A côté de la tumeur principale, tumeur plus petite pédiculée, grosse comme un pois. Il y en avait une autre à la partie initiale du cylindre invaginé (et non à la tête de l'invagination). Une autre tumeur dure, largement implantée, infiltrait l'épaisseur de la paroi intestinale. Histologie : Adéno-carcinome. Adam pense que c'est une polypose primitivement bénigne dont certains éléments ont dégénéré.

Observ. 45. — Nandrot. — 55 ans. Se plaint depuis 5 ans de troubles digestifs avec ballonnement du ventre. Est pris brusquement de douleurs abdominales. Vomissements bilieux, puis poracés. Intervention dux jours après. Laparotomie sous-ombilicale : sérosité dans le ventre. Invagination. Désinvagination impossible. Résection. Enterorraphie circulaire. Guérison.

Pièce : Fibrome gros comme un œuf de pigeon.

Observ. 46. — Delore et Leriche. — Femme de 36 ans. Quatre mois auparavant a commencé à ressentir des douleurs dans la fosse iliaque droite. Elle constate alors la présence d'une tumeur en ce point et présenta des signes d'une obstruction incomplète. Trois jours avant son admission à l'Hôtel-Dieu, douleurs violentes. Météorisme, vomissements fécaloïdes. Examen : Météorisme léger, présence d'une tumeur mobile dans la cavité abdominale, signes d'occlusion. Laparotomie : invagination. Désinvagination impossible. Résection. Mort.

Pièce : Résection de 80 c/m. Tumeur pédiculée sous-muqueuse bénigne.

Observ. 47. — De Collignon. — Femme de 45 ans, constipée habituellement, avec troubles digestifs vagues accompagnés d'amaigrissement progressif. Prise de douleurs vives et de vomissements. Quatre jours après, vomissements fécaloïdes. Météorisme. Opération.

Invagination. Réduction. Résection. Anastomose terminale au bouton. Mort.

Pièce : Myxo-fibrome.

Observ. 48. — Mabin. — Femme de 22 ans. 20 mai, douleurs abdominales. Prolapsus rectal réduit par un médecin qui détruit en même temps de nombreux polypes. 4 juillet, huit selles. 23 septembre, six crises douloureuses, la plus courte dure un jour. La plus longue dure quatre jours. Le 6 octobre, nouvelle crise avec mouvements péristaltiques. 9 octobre, mort.

Autopsie : Invagination. Gros polype de l'angle duodéno-jéjunal. Deux pieds plus bas, gros polype à la tête de l'invagination. Polypes dans le coecum et la partie inférieure du colon ascendant.

Observ. 49. — Reclus. — Malade laparotomisé déjà deux fois. Troisième intervention : invagination produite par un polype. Résection de 87 c/m. Guérison.

Le malade revient, nouvelle intervention. Mort.

Observ. 50. — J. L. Faure. — Homme de 43 ans. Depuis son enfance, constipation constante et rebelle. Purgatifs fréquents. Pris d'une crise intestinale brusque à 38 ans, avec vomissements, diarrhée et sang dans les selles. Bosselures paraissant et disparaissant dans le flanc droit. Ces crises reviennent une fois par mois, mais peu à peu deviennent plus longues et plus fréquentes. Un an après, les crises se succèdent sans interruption pendant un certain temps et sont étiquetées entéralgie. Pendant deux mois, nouvelle accalmie. De nouveau, crises douloureuses. Opération. Laparotomie. L'intestin grêle est gros uniformément et donne la sensation de carton mouillé. Diagnostic : péritonite bacillaire. On referme le ventre. Deux ans après, les crises recommencent, puis cessent de nouveau et ainsi plusieurs fois de suite. Nouvelle opération. Invagination. Désinvagination. Ablation d'un polype (adénome). Guérison. Engraissement de 20 kgs. Depuis, aucun trouble intestinal.

Observ. 51. — Lostalot. — Femme de 28 ans, prise deux fois de crises douloureuses abdominales avec constipation opiniâtre et cessant brusquement. A la troisième crise, on constate : douleurs très vives, intermittentes, localisées au flanc droit, vomissements, ballonnement, pas de fièvre. Laparotomie : invagination du grêle. Désinvagination. Résection d'une tumeur sessile. Guérison.

Pièce : Adénome du grêle.

Observ. 52. — Ricard. — Femme de 25 ans. Bien portante jusqu'à l'âge de 14 ans. Un jour, douleur brusque de la partie supérieure de l'abdomen à gauche. Vomissements et constipation. Tout rentre dans l'ordre après une huitaine de jours. Depuis cette époque, tous les mois environ, crises de durée variable de deux à six jours. avec même cortège symptomatique.

Jamais de sang dans les selles. Il y a cinq ans, la malade remarque du côté gauche une tumeur variable suivant les moments, diagnostiquée rein flottant. Mariée en 1900. Jusqu'en novembre 1903, crises se répétant à intervalles irréguliers mais rapprochées et d'intensité plus grande. En novembre 1903, crise qui dure plus d'un mois. Vers le 20 février 1904, crise très violente. Vers le milieu d'avril, diarrhée noire. La malade revient le 17 juin amaigrie, souffrant et vomissant. A l'examen : légère sensibilité du ventre à gauche. On sent une tumeur de consistance variable suivant les moments. Ondes péristaltiques. Diagnostic : invagination chronique du grêle. Laparotomie le 20 juin : masse volumineuse comme un bras d'adulte constituée par le grêle. Entéro-anastomose. Sort le 21 juillet. Le 17 août, les accidents recommencent. La malade revient à l'hôpital le 5 septembre. Elle meurt dans la nuit du 8 au 9.

Autopsie : Invagination par adénomes.

Observ. 53. — Dixon. — D. M., fille, 14 ans. Il y a cinq mois, douleur subite dans le ventre avec évacuations glaireuses. La crise dure 3 jours, pas de fièvre. Semblable crise quatre semaines après la première. En

mars 1904, durée de quatre jours ; du 12 mars au 15 juin, accès à intervalles d'abord de deux semaines, puis se répétant chaque jour. Selles sanglantes. Tumeur ombilicale avec gargouillements. Le 5 juin 1905, fortes douleurs, tumeur de neuf pouces. Opération : invagination de l'iléon de trente-deux pouces. Après réduction, on trouve deux tumeurs dans la lumière de la portion invaginée, grosses comme des olives. On les enlève par ouvertures intestinales. Guérison.

Pièce : Fibro-adénomes papillaires.

Observ. 54. — ALBERT. — Femme de 40 ans, souffrant depuis six mois d'une façon intermittente de constipation et de diarrhée, la constipation est toujours accompagnée de fréquentes coliques. On ne sent nulle part de tumeur. Incision de la paroi abdominale au-dessus dune hernie crurale droite. Aucun rapport entre la hernie et la sténose. En revanche, la main introduite tombe sur une anse intestinale et y sent une résistance en forme d'anneau. On pense à une invagination, on tente de la réduire complètement, mais comme on n'y réussit pas tout à fait, on fait une résection.

A l'ouverture de l'anse reséquée, on trouve un myome sous-muqueux, pédiculé, gros comme une noix.

Observ. 55. — ERNST, RITTER, von KARAJAN. — Homme de 23 ans. En juin 1896, douleurs abdominales, mouvements péristaltiques, gonflement transversal sous-ombilical. Inappétence. Vomissements après les repas. En novembre 1896, attaques plus violentes. En juin 1897, étranglement d'une hernie congénitale. Guérison par taxis. En octobre 1897, les crises douloureuses augmentent d'intensité et de fréquence. Amaigrissement de 10 kgs. Le 7 mars 1898 entre à la clinique. Laparotomie le 18 mars 1898 : invagination intestinale de 5 c/m. Désinvagination. On sent dans la lumière intestinale une tumeur comme une noix et 10 c/m. plus haut une deuxième tumeur. On trouve encore quelques polypes en montant vers le jéjunum et le duodenum. On enlève ainsi huit polypes par cinq ouvertures, trois à la partie

inférieure de l'iléon, deux à la partie supérieure du jéjunum. Il n'y avait que deux invaginations. Guérison.

Observ. 56. — Roux. — Quatre invaginations provoquées par plusieurs tumeurs du grêle.

Observ. 57. — Dubar. — Elise D., 50 ans, entre le 1er août 1902, pour phénomènes d'occlusion intestinale. Depuis un an environ, elle présente des alternatives de diarrhée et de constipation opiniâtre. Depuis cinq mois, elle a des périodes de constipation de sept à huit jours. Les purgatifs amenaient des débâcles considérables de matières. A différentes reprises, elle a présenté des vomissements verdâtres. Depuis la dernière débâcle, elle est restée très souffrante, le ventre ballonné et sensible. A son entrée à l'hôpital, très mauvais état général. Opération : invagination. Désinvagination impossible. Résection et anastomose au bouton. Mort.

Pièce : Résection longue de 15 c/m. Polype dur, renflé en massue et présentant un pédicule de la grosseur du petit doigt.

CONCLUSIONS

1. — Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle sont une des causes fréquentes d'invagination chez l'adulte.

2. — Ce sont elles qui, le plus souvent, donnent à l'invagination son caractère d'affection chronique.

3. — C'est cette complication d'occlusion qui fait leur gravité.

4. — Elles sont de nature lipomateuse, myomateuse, glandulaire, mais le plus souvent de nature fibreuse ou mixte.

5. — Le diagnostic de tumeur bénigne du grêle est impossible.

6. — Le diagnostic d'invagination doit être posé de façon précoce. Souvent une laparotomie exploratrice fera trouver la cause d'une maladie qui résistait à tout traitement médical.

7. — Le traitement de ces tumeurs et de leur complication est toujours chirurgical. Il variera avec l'état des lésions et devra rester en rapport avec le degré de résistance du sujet.

BIBLIOGRAPHIE

L. Adam (Budapesth). — *Zentralblatt für Chirurgie.* — Analysé in *Journal de Chirurgie, juillet 1928.*

Adler. — Invagination par tumeur intestinale. — *Soc. des Sc. Méd. de Lyon, 1905.*

Albert. — *Wiener Klinische Wochenschrift, n° 26, 1896.*

Allen. — Analysé in *Archives générales de Médecine, t. I, p. 85, an. 1845.*

Arlotta (Padoue). — *Archivio italiano de chirurgia, t. XVII, an. 1927.*

Auvray. — Occlusion intestinale aiguë par invagination *(Gazette des Hôpitaux, 1900, n° 75).*

Barthel. — *Journal hebdomadaire de Médecine de Saint-Pétersbourg, n° 36, 1877. — Centralblatt, f. Chir. n° 5, 1878.*

Boldt. — *Medical Record, 13 janvier 1900, t. I, page 80.*

Boudey. — *Thèse Bordeaux, 1926.*

Collignon. — Accidents d'occlusion avec invagination par des tumeurs polypeuses benignes *(Thèse Paris, 1907).*

Cope. — *British Journal of surgery (1922).*

Cruveilhier. — *Anatomie pathologique, 13e Class. des Métamorphoses, p. 633.*

Dr D. M. — *Intercolonial Méd. J. of Australia 1904. — In Lancet May, 12, 1906, page 1334.*

Dance. — Mémoire sur les invaginations morbides de l'intestin, 1820.

Dardel. — *Schweizererische medizinische Wochenschrift. — In journal de Chirurgie, 1928.*

Delore et Leriche. — Sur la pathogènie et le traitement de l'invagination intestinale. — *Reve de Chirurgie de Paris, 1908, t. XXXVIII, n° 7.*

Desplas et Flandrin. — Invagination intestinale subaigue de l'intestin grêle par tumeur bénigne pédiculée *(Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, année 1924, t. L, page 121).*

Dixon. — *Interstate M. J. — Saint-Louis, 1904, XI, 414-419.*

Dowd. — *Ann. of. Surg. 1923.* — Invagination chez l'adulte due à un adénome du grêle.

Dubard. — In Gernez. — *Thèse de Paris, 1906.*

Dubreuil. — Rapport sur un cas d'invagination intestinale produite par un polype de l'intestin grêle *(Bull. de la Soc. Anat. 1864, t. IX, page 37).*

Duguet. — *Bulletin de la Société d'Anatomie, XLI^e année, page 473.*

Ernst, Ritter von Karajan. — *Wiener Klinische Wochenschrift 1899, page 219, n° 9.*

Feraud. — *Thèse Bordeaux, 1909.*

Fernet. — Polype de l'intestin grêle. — Invagination intestinale *(Bulletin de la Société d'Anatomie 1863, t. VIII, page 296).*

Geissler. — *Inaug. Dissertation. Marburg 1894.*

Gernez. — Traitement chirurgical de l'invagination intestinale chronique. — *Thèse Paris, 1906.*

Gueullette. — *Thèse Paris, 1925.*

Goodhart. — Invagination de la partie supérieure du jejunum datant de 21 mois, due à un polype *(Transact. Chir. Soc. 1885, page 140).*

Gosset. — Rapport sur un cas d'invagination intestinale subaiguë de l'intestin grêle par tumeur bénigne pédiculée *(Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chir., année 1924, t. L, page 125).*

Guyot. — Communication au IV^e Congrès de gynécologie, d'obstetrique et de pédiatrie. Rouen 1904.

Ian Macdonald. — *The British Medical Journal, mars 1928.* — *Analysé in Journal de Chiriurgie 1928.*

Haven. — Statistico of troo hundret and fifty eight cases of intestinal obstruction *(Philadelphia T. K. et P. G., Collens, 1855).*

HUBNER. — *Gazette des Hôpitaux, 16 février 1929.*

HUBNER. — *Gazette des Hôpitaux, 23 février 1929.*

JAMES et SAPPINGTON. — *Annals Of Surgery, t. L. XV, n° 1, 1917.*

KING. — *Surgery Gynecology and obstetrics, t. XXV, n° 1, 1917, page 54.*

LAWFORD-KNAGGS. — *Cas 2 Lancet 1900. — Déc. page 1573.*

LOCKWOOD. — *London Path. Soc. 3 mai 1892.*

MABYN READ. — *Lancet t. I ; 19 mars 1904, page 737.*

MOUCHET. — *Bulltetin de la Société Anatomique, 1902, page 885.*

NANTROT. — Trois cas d'invaginations de l'intestin grêle déterminées par des polypes fibreux *(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1921).*

NELATON. — *Eléments de pathologie chirurgicale, t. IV, page 461.*

NIGAY. — Les polypes de l'intestin grêle, *thèse Paris, 1899.*

ODEN. — Intuss. en rapp. avec deux adéno-fibromes pédiculés. — *Surg. gyn and obst., 1919.*

OCKINCZIC. — Trois observations d'invaginations de l'intestin grêle déterminées par polypes fibreux *(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., t. XLVII, n° 14, 1921, page 559).*

OGIER-WARD. — *Transacts of Pathol. Society 1846.*

PEACOCK. — *Transacts of Pathol. Society 1846.*

A. PLEUK. — *Wiener Klinische Wochsenschrift, t. XL, n° 17, avril 1927. — Analysé in Journal de Chirurgie 1927.*

E. POLAK. — *Acta chirurgica Scandaniva, vol. LXII. — Analysé in Journal de Chirurgie 1928.*

PONOMAREFF. — Onze cas de polype de tube digestif ayant causé des phénomènes de sténose puis invagination. — *Rousky-Vratch, 1912.*

PRESCOTT-HERVETT. — *Transacts of Pathol. Society 1846.*

QUENU. — Invagination à répétition du grêle *(Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1916).*

RECLUS. — *Revue de Chirurgie, juin à août 1900.*

REDWOOD. — Invag. intest. avec polype et retrécissement. Perforation. Resection. Guérison. — *Brit. Med. J. 1909.*

RICARD. — *In thèse Gernez, 1905.*

ROSSONI. — Invagination chronique du grêle par un fibrome. *Rinascenza Médica, an IV, n° 10, mai 1927.*

ROUX. — *Revue de la Suisse Romande, 1905, page 64.*

SCHMIDT. — *Analysé in archives de médecine, 1840, page 86, t. IX.*

STERNBERG. — *Wiener Klin. Wochenschrift, 1901, n° 42, page 1043.*

TURNER et WHIPMAN. — *Lond. Clin. Soc., 9 janvier 1891.*

WINTHROPP. — Invagination chronique par tumeur intestinale. — *Journal of. Américc. Médec. Ass. 1915.*

Vu :

Le Président de Thèse,

Costantini.

Vu :

Le Doyen,

Leblanc.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.

Taillart.